

l'extension possible à tout l'organisme en même temps qu'elles nous en indiquent le sûr moyen préventif.

Sans doute la blennorragie cantonnée dans le col paraît jusqu'ici assez résistante aux médications ordinaires. La *goutte utérine* ne s'annonce guère moins rebelle que la *goutte militaire*. Mais ce sont là des difficultés qui n'ont rien de décourageant, rien d'absolument invincible. Le point important c'est que grâce aux derniers travaux, auxquels l'école lyonnaise a pris sa glorieuse part, on connaît désormais quelle source cachée alimentait d'innombrables contagions, et, sachant d'où naît le danger, on saura comment en préserver ceux qu'il menace.

NOTE SUR UN CAS DE TUMEUR APONÉVROTIQUE DE L'OMBILIC ;

Par Adrien PIC, interne des hôpitaux.

(Observation recueillie dans le service de M. Daniel Mollière, chirurgien-major titulaire de l'Hôtel-Dieu.)

Les récentes publications de Labbé et Rémy (Paris, 1888) et de Terrillon (*Archives générales de médecine*, avril et mai 1888) donnent un certain intérêt d'actualité à l'observation suivante que notre chef de service, M. Daniel Mollière, a bien voulu nous autoriser à publier.

L... (Céline), 22 ans, sans profession, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 8, le 20 mai 1888.

Pas d'antécédents pathologiques, héréditaires ou personnels dignes d'être relatés.

Mariée, elle a eu une petite fille qui est actuellement âgée de trois ans et en bonne santé ; l'accouchement fut facile ; pas de fausses couches.

Réglée à 14 ans, elle l'a toujours été irrégulièrement avant son mariage ; menstruation régulière depuis, mais toujours peu abondante ; pas de leucorrhée, ni de métrorrhagie.

Elle entre à l'hôpital pour une tumeur de la paroi abdominale antérieure dont elle s'est aperçue pour la première fois au mois de février 1887, un mois après avoir sevré son enfant, dit-elle. La tumeur était alors grosse comme une

une noisette, et roulait sous le doigt. Elle s'est mise à grossir très lentement d'abord, mais, depuis six mois, elle a pris un accroissement très rapide.

Actuellement on constate sur la paroi abdominale antérieure la présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme environ ; elle siège au niveau même de l'ombilic, son sommet est comme coiffé par la cicatrice ombilicale distendue.

Cette tumeur est dure avec quelques points un peu plus mous, inégale et bosselée. Le tégument, à sa surface, a une coloration normale, sans développement veineux notable, il glisse très facilement sur la tumeur ; celle-ci, d'autre part, est mobile sur les parties profondes auxquelles elle adhère toutefois en un point ; cette adhérence paraît être située entre le feuillet pariétal du péritoine et la tumeur, qu'aucun pédicule ne relie à la ceinture pelvienne.

La tumeur est absolument indolente, soit spontanément, soit à la pression. Elle est mate à la percussion, n'est le siège d'aucun battement ; on n'y perçoit aucun souffle. Elle est immobilisée par la contraction des muscles de la paroi abdominale antérieure (signe de Bouchacourt).

Céline L... n'a pas éprouvé de changement dans son état général depuis qu'elle est malade ; elle est sujette depuis de longues années à quelques troubles digestifs (dyspepsie, constipation habituelle), qui ne se sont pas accrus. Pas d'amaigrissement, ni de teinte jaune paille. Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas d'ascite. Apyrexie complète.

L'auscultation et la percussion ne révèlent aucun signe pathologique aux poumons ni au cœur.

25 mai 1888. Opération.

Les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont prises comme pour une ovariotomie, car on redoute l'éventualité de l'ouverture du péritoine au cours de l'opération.

M. D. Mollière incise les téguments sur la tumeur suivant la direction de la ligne blanche ; le néoplasme est énucléé assez facilement dans la plus grande partie de son étendue, mais en arrière il adhère intimement au feuillet pariétal du péritoine sans lui être relié par un véritable pédicule ; on parvient cependant à détruire ces adhérences sans faire aucune éraillure à la séreuse.

Sutures profondes et superficielles avec des fils métalliques. Pendant toute l'opération, la plaie opératoire a été irriguée avec une solution de sublimé au millième. Pansement compressif au coton salicylé.

28 mai. L'état général est bon ; pas de vomissements ; un peu de rétention d'urine. La température rectale oscille entre 37°,5 et 38°,5.

10 juin. — On enlève le pansement ; pas une goutte de pus. Réunion par première intention.

20 juin. La malade sort, munie d'une ceinture hypogastrique très haute.

La tumeur a été présentée à la Société des sciences médicale dans la séance du 28 mai 1888 (V. *Lyon Médical*, 10 juin). Elle a la forme d'un hémisphère irrégulier de 10 centimètres de diamètre environ ; son poids est de 520 gr. Sa coloration est blanchâtre ; sa surface, régulière du côté superficiel, est bosselée du côté profond, où elle est parcourue par plusieurs larges sillons la divisant en lobules, que des scissures partagent en tubercules plus petits, du volume d'une lentille à une petite noix. Quelques-uns de ces tubercules sont vascularisés. La surface externe, lisse sur la plupart des points, est dépolie aux endroits où il a fallu rompre les adhérences profondes avec le feuillet pariétal du péritoine.

A la coupe, aspect blanchâtre, lisse, luisant à la périphérie, jaunâtre dans les parties profondes ; sur ce fond uniforme apparaissent des travées fibreuses d'aspect nacré formant une sorte de trame. En somme, étant données les connexions de la tumeur, sa consistance et son aspect macroscopique, on pense être en présence d'un fibrome aponévrotique développé aux dépens du *fascia transversalis*.

Un fragment de la tumeur a été soumis à l'examen microscopique. M. le professeur agrégé Bard a bien voulu examiner nos préparations au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, aussi pouvons-nous relater ici le résultat de son examen.

« La tumeur est constituée par du tissu conjonctif exclusivement ; ce tissu se présente sous forme de faisceaux ondulés, pour la plupart parallèles entre eux, mais ne présentant pas néanmoins une orientation constante sur les divers

points de la tumeur. Les cellules sont nombreuses, en général assez bien développées, fusiformes, et ne se présentent pas sous la forme de cellules embryonnaires à gros noyau et très pauvres en protoplasma, habituelle aux cancers conjonctifs. Toutefois la tumeur ne présente pas non plus le caractère adulte des fibromes bénins ; il s'agit en somme d'une tumeur intermédiaire du type conjonctif dense ou lamellaire.

« A un examen superficiel, d'après les données classiques, la tumeur serait prise simplement pour un sarcome fasciculé, mais nous ne saurions nous contenter d'une dénomination aussi incomplète et aussi vague, qui, comme toutes celles empruntées aux classifications courantes, ne précise pas, et permet encore moins d'apprécier la rapidité de la marche des tumeurs et par suite leur malignité relative.

« On voit par là que l'examen histologique confirme cette notion que la tumeur a bien eu pour point de départ une aponévrose, et nous permet de comprendre la marche relativement rapide qui résulte de son histoire clinique. »

L'épithète de « tumeur intermédiaire du tissu conjonctif modelé du type aponévrotique » nous paraît indiquer à la fois la structure et l'origine de la tumeur, ainsi que sa place dans l'échelle de malignité des tumeurs conjonctives.

Au fond, cette description histologique se rapproche beaucoup de celle de Labbé et Remy, qui ont rencontré dans leurs tumeurs du tissu fibreux ondulé, des cellules fusiformes et des cellules embryonnaires. Mais ces auteurs font remarquer que l'abondance dans ces tumeurs des éléments du tissu fibreux en voie de développement ne doit pas entraîner fatalement un pronostic grave. Toutes les tumeurs qu'ils ont observées étaient composées de tissu fibreux riche en cellules, aucune n'a récidivé ni infecté l'économie. Aussi donnent-ils à toutes leurs tumeurs de la paroi abdominale, quelle que soit la part que prenne dans leur structure le tissu conjonctif jeune, le nom de *fibrome*, mais jamais celui de *fibro-sarcome*.

Pour nous, l'un et l'autre de ces termes ont le même inconvénient, celui d'attribuer à telle ou telle espèce de tumeur une malignité propre, indépendante du tissu de l'économie aux dépens duquel elle se développe.

Nous croyons au contraire que la malignité résultant à la fois du développement rapide, de la cachexie et de la généralisation, est en relation directe avec la nature du tissu affecté de néoplasme. La cachexie en particulier est une sorte d'auto-intoxication (V. Bard, *Arch. de physiologie*, 1885 ; *Prov. méd.*, 1888), la tumeur étant une sorte de glande pathologique déversant dans l'économie ses produits de sécrétion. La cachexie est donc fonction du rôle physiologique du tissu normal dont le néoplasme dérive. Il est dès lors très facile de comprendre qu'une tumeur développée aux dépens d'une aponévrose ne puisse jamais produire une cachexie comparable à celle d'un cancer de l'estomac.

Quant à la généralisation, l'observation montre qu'elle fait en général défaut dans les tumeurs d'origine aponévrotique.

Se rapprochant des tumeurs malignes par son développement rapide, des tumeurs bénignes par l'absence de cachexie et de généralisation, la tumeur dont nous nous occupons est donc bien une *tumeur intermédiaire,* ainsi que nous l'avons écrit au début de cette discussion ; c'est une lésion intermédiaire du tissu conjonctif modelé, du type aponévrotique ; si toutefois, en clinique, pour plus de rapidité dans la nomenclature, on préférait une dénomination plus brève, on pourrait à la rigueur employer le mot de fibro-sarcome, à la condition de lui adjoindre l'épithète d'aponévrotique ; pourvu que l'on voie dans le mot aponévrotique non seulement une désignation d'origine, mais encore une affirmation de nature, comme nous l'avons précisé plus haut.

Cette origine aponévrotique des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale n'est pas de notion très ancienne ; il résulte, en effet, de l'historique très complet de Labbé et Rémy, basé sur 100 observations environ, que de 1850 à 1875, l'origine osseuse ou périostique de ces tumeurs avait été la principale préoccupation des chirurgiens ; Guyon, en 1875, montre que les fibromes de la paroi abdominale sont ordinairement d'origine aponévrotique et que les adhérences osseuses sont secondaires. Mais déjà, bien avant lui, M. Humbert Mollière, publiant une observation recueillie dans le

service de M. Laroyenne, dont il était alors l'interne, avait insisté sur l'absence de pédicule adhérent au squelette, contrairement à ce qui avait été mentionné dans la thèse de Bodin (V. *Gaz. des hôpitaux*, 1869 : Tumeur péri-pelvienne ; ablation ; guérison ; par M. Laroyenne. Observation recueillie par M. Humbert Mollière, interne du service). Cependant après le mémoire de Guyon, on parle encore, à l'examen clinique des malades, de pédicules qu'on ne retrouve pas pendant l'opération.

M. Daniel Mollière est le premier chirurgien qui, après Guyon, ait appelé d'une façon formelle l'attention sur ce point (*Gazette des hôpitaux*, avril et mai 1886 : Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette. Observation recueillie à l'Hôtel-Dieu par M. H. Désir de Fortunet, interne, dans le service de M. Daniel Mollière). — Après une étude complète des rapports anatomiques de la tumeur et de sa structure histologique, MM. D. Mollière et de Fortunet arrivent aux conclusions suivantes : 1° il existe des tumeurs fibreuses intrapariétales développées aux dépens des aponévroses ; 2° les fibromes des parois abdominales adhérentes à l'aponévrose du grand oblique sont rares ; le plus souvent ils sont situés sous le fascia transversalis ; 3° lorsqu'on a constaté l'union intime de la tumeur à l'aponévrose, on retrouve dans le néoplasme des caractères histologiques rappelant la trame fibreuse des plans aponévrotiques. Toutefois, tenant compte dans leur classification des cas où le pédicule a été signalé, MM. D. Mollière et de Fortunet établissent pour les fibromes de la paroi abdominale la division suivante :

1° Fibromes adhérents au périoste seul ;

2° Fibromes adhérents au périoste et aux aponévroses ;

3° Fibromes n'adhérant qu'aux aponévroses ;

4° Fibromes développés dans le tissu cellulaire et n'ayant avec les aponévroses que des rapports de contiguïté.

Ces conclusions sont adoptées pleinement par Terrillon dans son mémoire. (*Arch. gén. de méd.*, 1888.)

MM. Labbé et Remy vont plus loin : pour eux, non seulement il existe des tumeurs fibreuses intrapariétales développées aux dépens des aponévroses, mais *tous* les fibromes de la paroi abdominale sont d'origine *aponévrotique* et aucun n'est d'origine osseuse.

Ils arrivent à cette conclusion absolue après une critique très judicieuse des observations antérieures où l'adhérence au squelette est admise : « Aucune de ces observations, disent-ils, n'est de nature à établir l'existence d'un pédicule constitué par les éléments de la tumeur elle-même. Au contraire, plusieurs de ces descriptions nous montrent que le pédicule était une erreur clinique, et qu'on n'en trouvait pas trace en opérant. Quelques-unes nous donnent l'explication de la sensation clinique par l'existence de brides de nature musculaire, tendineuse ou aponévrotique. » Les adhérences osseuses sont secondaires et s'observent surtout au niveau des côtes.

Nous ferons remarquer que dans toutes les observations publiées par l'école lyonnaise, l'origine aponévrotique a été nettement indiquée : telles les observations publiées par MM. Bouchacourt (*Gaz. des hôpitaux*, 1851) ; Humbert Mollière (service de M. Laroyenne) ; Bard (service de M. Fochier, *Lyon Médical*, 1877) ; Désir de Fortunet (service de M. Daniel Mollière). Celle que nous publions aujourd'hui vient évidemment aussi à l'appui de la théorie de MM. Labbé et Rémy.

En revanche, au point de vue du siège anatomo-topographique, notre cas paraît être exceptionnel, car les tumeurs fibreuses, d'après Labbé et Remy, ne se seraient « jamais développées sur l'*ombilic*, ni jamais exactement sur la ligne médiane » ; Terrillon ne précise pas autant, et indique comme siège de prédilection, par ordre de fréquence : la région ombilicale, la région iliaque au-dessus de l'arcade de Fallope, et les hypochondres. Dans notre observation, la tumeur siégeait *exactement sur la ligne médiane* et au niveau même de l'ombilic.

En raison précisément de ce siège spécial, le diagnostic était surtout à faire ici avec une tumeur maligne de l'ombilic ou une ancienne hernie épiploïque ombilicale indurée ; mais l'indolence, la limitation exacte de la tumeur, sa marche, sa mobilité, l'absence d'adhérences au tégument et de cachexie, feront rejeter la première hypothèse ; — quant à la seconde, elle était rendue inadmissible par l'existence du signe de Bouchacourt (immobilisation de la tumeur par la contraction des muscles de la paroi abdominale antérieure)

qui permettait d'éliminer toute tumeur d'origine intra-abdominale.

Au reste, dans notre cas particulier, les difficultés du diagnostic n'étaient pas considérables, puisqu'on trouvait réunis à peu près les symptômes signalés par les auteurs comme caractéristiques : tumeur superficielle, indolente, de la grosseur d'une noisette au début, atteignant plus tard le volume d'une tête d'enfant ou d'adulte ; tumeur lisse en certains points, mamelonnée en d'autres, dure, un peu élastique, mate à la percussion, sans altération de la peau ; très mobile, facile à circonscrire, sauf à sa partie profonde ; immobilisée par la contraction des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen ; ne suivant pas les mouvements respiratoires, sans connexion avec les organes génitaux, sans altération de l'état général.

La coexistence de tous ces signes permettait d'affirmer le diagnostic de fibro-sarcome aponévrotique : un seul traitement dès lors s'imposait, l'extirpation totale. La section ou la ligature du pédicule, inspirées par des faits douteux, n'ont, en effet, jamais donné de succès.

Les divers temps de l'opération furent donc les suivants : incision au bistouri suivant le grand diamètre de la tumeur, c'est-à-dire exactement sur la ligne médiane ; — énucléacléation de la tumeur, décollement *avec les doigts* des adhérences péritonéales ; dans notre cas ce décollement a présenté quelques difficultés, et le feuillet pariétal de la séreuse a dû être notablement aminci. Néanmoins, il n'est jamais venu à la pensée de M. Mollière de le réséquer, à l'exemple de Sklifossowski (*Vratch*, 1882–1884) ; pour cet auteur, la nutrition du feuillet dénudé serait impossible, il y aurait gangrène et issue fatale ; aussi, dans plusieurs cas d'adhérence intime, a-t-il cru devoir réséquer le péritoine et la sangle musculaire prépéritonéale. De pareils délabrements, ainsi que le font observer Labbé et Remy, sont inutiles pour des fibrosarcomes et doivent être réservés pour les véritables tumeurs malignes. Les accidents post-opératoires que Sklifossowski veut éviter en ne dénudant pas le péritoine pariétal, Labbé et Remy les attribuent à la rétention des liquides et regardent comme indispensable le drainage de la plaie. Or, ces liquides ont toujours renfermé du pus en plus ou moins

grande quantité ; on a eu probablement affaire le plus souvent à un liquide de nature septique. M. Mollière n'a pas drainé et a obtenu une réunion par première intention, grâce à une antisepsie rigoureuse avant, pendant et après l'opération. Au reste, un pansement énergiquement compressif a pu accoler d'une façon absolue les parois de cette cavité, ancienne loge de la tumeur où, d'après Labbé et Remy, s'accumuleraient les liquides. M. Mollière n'avait pas craint d'ailleurs de faire préalablement des sutures profondes et superficielles à l'aide de fils métalliques.

Grâce à l'antisepsie opératoire, une réunion parfaite et rapide a été obtenue sans une goutte de pus ; grâce aux sutures et à la compression, toute menace d'éventration a été écartée ; en outre, pour plus de sécurité, M. Mollière a recommandé à la malade le port d'une large ceinture analogue à celle qu'emploie M. Glénard pour le traitement des entéroptoses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société nationale de médecine de Lyon.

Séance du 10 décembre 1888. — Présidence de M. Delore.

M. Vincent, au sujet du procès-verbal, dit qu'en examinant à nouveau le liquide purulent de l'abcès iliaque, il a trouvé des fibres musculaires. Cette constatation permet d'affirmer l'existence d'une inflammation du muscle psoas et facilité ainsi le diagnostic.

Élection. — Il est procédé à l'élection d'un Secrétaire général en remplacement de M. Diday, démissionnaire. M. Marduel, ayant obtenu 23 voix sur 25 votants, est élu secrétaire général.

M. Marduel remercie en ces termes :

Messieurs, je vous suis profondément reconnaissant de l'honneur que vous me faites et de l'estime que vous me témoignez en me confiant le poste de Secrétaire général de la Société de médecine. Si j'avais quelque hésitation elle s'évanouirait devant vos sympathiques suffrages. Et pourtant il serait bien permis d'hésiter quand il s'agit de succéder au collègue éminent qui a rempli pendant trente-cinq ans, avec tant d'autorité, de zèle et de talent ces importantes et délicates fonctions ; à l'homme qui, toujours jeune par l'esprit, par la parole et par la plume, semblait si bien fait pour les occuper et les conserver indéfiniment. Après vous avoir remerciés encore une fois, la Commission d'abord, la Société tout entière ensuite, qu'il me soit permis de remercier personnellement M. Diday de la bienveillance qu'il m'a témoignée depuis si longtemps, et dont il vient